23934
N 19

Lane Medical Library

Über Cervixmyome

unter besonderer Berücksichtigung der Portiomyome.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 5. August 1904

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

F. W. Vorbeck

approb. Arzt aus Berlin.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. F. Gain, Arzt.
- Kellmann, Arzt.
- Dr. med. E. Schenk, Arzt.

BERLIN.

Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Olshausen.**

Meinen Eltern.

Das Myom der Cervix uteri besteht, wie jedes Myom, seiner histologischen Struktur nach aus glatten Muskelfasern und faserigem Bindegewebe. Charakteristisch für das Cervixmyom pflegt sein Reichtum an Bindegewebszügen zu sein, die gewöhnlich gerade hier die muskulären Elemente übertreffen. Es stellt sich somit in den meisten Fällen als Fibromyom im eigentlichsten Sinne dar.

Seine Entstehung und Entwickelung weicht von dem typischen Bild der Myomentwickelung im allgemeinen nicht ab. Dementsprechend ist auch das Cervixmyom anfangs eine zirkumskripte Geschwulst, die fast ausschliesslich aus muskulären Elementen besteht. In diesem Zustand giebt sie auf der Schnittfläche eine rötliche Färbung, zumal die Zahl der Blutgefässe hier eine relativ grosse ist. Diese entstehende Geschwulst, die man demnach als eigentliches, echtes Myom ansprechen kann, zeigt eine weiche Konsistenz. Erst mit fortschreitendem Wachstum, das sich nach Gusserow immer in der Richtung des geringsten Widerstandes vollzieht, treten

Bindegewebszüge in der Geschwulst auf, die aus dem reinen Myom ein Fibromyom machen. Dasselbe zeigt, seiner histologischen Veränderung entsprechend, auch eine Veränderung seiner physikalischen Eigenschaften. Die Schnittfläche erscheint jetzt nicht mehr rot, sondern weisslich-grau. Diese Farbenveränderung beruht indessen nicht allein auf einer Zunahme der bindegewebigen Elemente, sondern noch in einem Zurücktreten der Blutgefässe, die hier relativ spärlich vorhanden sind. Was die Konsistenz anlangt, so fühlt sich das Fibromyom hart an.

Recht bemerkenswert ist, dass der Sitz des Myoms an der Cervix seltener beobachtet wird als am Corpus.

So fand Lee unter 74 Uterusmyomen 4 und Courty unter 131 nur 21 an der Cervix; Schorler stellte unter 334 Myomen des Uterus 27mal ihren Sitz an der Cervix fest und Schröder gelangte nach Untersuchung von 307 Fällen zu dem Ergebnis, dass auf 91,9 % Corpusmyome nur 8,1 % Cervixmyome entfallen, während Winckel in seiner Statistik noch weiter geht und sogar nur 5 % angiebt.

Auch ist zu beachten, dass die Fibromyome der Cervix besonders schwere klinische Erscheinungen hervorrufen können. Diese erklären sich zum Teil durch Druck auf die Urethra. Ausserdem ist klar, dass durch Entstehen eines Tumors in der Cervix dieser an sich enge Geburtskanal etwaigen Entbindungen einen erheblich gesteigerten Widerstand entgegensetzen muß.

Obwohl behauptet worden ist, dass alle Fibromyome intraparietalen Ursprungs seien, hält man doch auch bei den Cervixmyomen immer noch die Unterscheidung in submuköse, subseröse und intraparietale oder interstitielle Myome fest. Von dieser Einteilung abzuweichen liegt umsoweniger Grund vor, als sehr häufig kleine, im Anfang ihrer Entwickelung stehende Myome dicht unter dem Peritoneum nachzuweisen, also nicht intraparietal sind.

Alle Fibromyome wachsen langsam. Doch kann als Regel gelten, dass sich das Wachstum umso langsamer vollzieht, je mehr Bindegewebe die Geschwulst enthält. In Übereinstimmung damit wachsen Cervixmyome besonders langsam und intraparietale Myome schneller als submuköse. Ausserdem hängt das Wachstum aber noch von einer Reihe anderer Momente ab. Solche sind:

1. Gravidität. Sie bewirkt immer eine rasche Zunahme des Myoms, während das Puerperium das Wachstum eher einschränkt; ja in vielen Fällen geht die Geschwulst während des Wochenbettes stark zurück.

2. Menstruation. Während derselben zeigt der Tumor eine erhebliche Schwellung als Folge der menstruellen Kongestion zu den Genitalien.

3. Klimakterium. Dieses bewirkt oftmals einen Stillstand, in vielen Fällen ein Zurückgehen des Tumors, und man hat gerade diesem Moment bei der Behandlung der Myome vielfach Rechnung getragen, worauf ich später noch zurückkommen werde.

4. Anatomische Beschaffenheit der Geschwulst. Vermehrter Blut- und Lymphgehalt begünstigt das Wachstum ebenso wie die cystische Entartung. Folglich zeigen teleangiektatische, lymphangiektatische und cystisch degenerierte Myome besonders rasches Wachstum.

Die weitere Entwickelung des Cervixmyoms kann zu degenerativen Veränderungen führen, welche als häufiger Ausgang der Myome beobachtet werden, nämlich:

1. Eiterung,
2. Verjauchung,
3. Induration,
4. Verkalkung,
5. Maligne Entartung.

ad 1. Die Eiterung des Fibromyoms entwickelt sich im Anschluss an eine Entzündung. Zu einer solchen kommt es bei Cervixmyomen besonders leicht, weil deren Schleimhautüberzug der Insultierung durch den untersuchenden Finger, eingeführte Instrumente u. s. w. in hervorragendem Masse ausgesetzt ist. Hierdurch wird ein Defekt der Schleimhaut geschaffen, welcher das Eindringen von eitererregenden Bakterien begünstigt. Gefördert wird die Entwickelung der Mikroorganismen noch besonders dadurch, dass die Cervixmyome stets relativ arm an Blutgefässen sind und infolgedessen der Ausbreitung der Bakterien nur geringen Widerstand entgegensetzen.

ad 2. Die Verjauchung ist ebenfalls an einen Schleimhautdefekt und eine Einwanderung von Fäulnis-

bakterien geknüpft. Daraus geht hervor, dass die Cervixmyome hervorragend für verjauchende Prozesse disponiert sein müssen. Denn bezüglich des Schleimhautdefektes gilt auch hier dasselbe, wie das von der Vereiterung Gesagte. Dazu kommt nun noch, dass infolge des starken Druckes, dem das Myom in der engen Cervix ausgesetzt ist, leicht eine Nekrose der Geschwulst eintreten kann, von der dann wieder die Verjauchung die beste Gelegenheit hat ihren Ausgang zu nehmen. So berichtet Schauta über einen Fall von Cervixmyom aus der Späthschen Klinik, der gangränös wurde und durch Infektion zum Exitus führte.

ad 3. Die Induration tritt besonders oft im Klimakterium ein. Die bindegewebigen Elemente schrumpfen und die muskulösen werden resorbiert. Dieser günstigste Ausgang der Myome ist wiederholt beobachtet, aber noch nicht genügend erklärt worden, vielleicht liegt die Ursache in der spärlichen Blutversorgung, welche die Genitalien nach Erlöschen ihrer physiologischen Funktionen erfahren.

ad 4. Die Verkalkung ist verhältnismässig selten und pflegt ebenfalls gewöhnlich nach dem Klimakterium aufzutreten. Sie besteht in einer Inkrustation des Bindegewebes durch Kalksalze. Für die Ätiologie dieses Prozesses wird auch hier die schlechte Ernährung ausschlaggebend sein. Verkalkte Tumoren können spontan ausgestossen werden.

ad 5. Die sarkomatöse Entartung wird von Martin behauptet. Nach seinen Untersuchungen geht

erst stets eine myxomatöse Degeneration vorher, indem Schleimgewebe zwischen den Bindegewebsbalken auftritt. Weniger bestimmt lauten die Angaben über eine Entwickelung von Carcinom, obwohl Martin unter 205 Fibromyomkranken 9 Fälle von Carcinom gefunden hat.

Ätiologie.

Über den Ursprung der Cervixmyome sind wir ebenso im Unklaren, wie über die Ätiologie anderer Myome. Es stehen sich z. Zt. verschiedene Ansichten gegenüber, die aber alle in das Gebiet der Theorien gehören, aber dennoch hier kurz angedeutet sein mögen. Virchow führt die Entstehung auf irritative Prozesse zurück. Dagegen spricht aber gerade die Seltenheit der Cervix- und Portiomyome und die Prädilektion der Myome am Corpus uteri, während doch die Cervix, vor allem die Portio, viel häufiger irritativen Einflüssen ausgesetzt sind. Cohnheim nimmt eine embryonale Anlage an. In neuerer Zeit hat man vielfach die Arterienwände der Uterusgefässe als Ausgangsstätte der Fibromyome angenommen. Diese Anschauuung wird von Kleinwächter und Roesgen vertreten. Auch an Versuchen, Mikroorganismen als Erreger der Myome verantwortlich zu machen, hat es nicht gefehlt. Eine besondere Prädisposition eines bestimmten Lebensalters lässt sich kaum aufstellen. Zwar liegt in den meisten in der Litteratur niedergelegten Fällen das Alter der Patientinnen gewöhnlich zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre. Doch sind auch Cervixmyome schon bei be-

deutend jüngeren Individuen beobachtet worden. In einem Fall, auf den ich später noch näher eingehen werde, war die Patientin sogar erst 20 Jahre alt.

Diagnostik.

Nicht immer ist die Diagnose eines Cervixmyoms leicht zu stellen. Besondere Schwierigkeiten bietet bisweilen die Feststellung der von der Portio vaginalis ausgehenden Myome dadurch, dass sie (bei genügender Grösse) Lageveränderungen des Uterus vortäuschen können, ein Umstand, auf den Gusserow wiederholt aufmerksam gemacht hat. Bei kleineren Geschwülsten ist eine solche Täuschung ausgeschlossen, bei grossen aber sehr wohl möglich. Es steht nämlich erfahrungsgemäss fest, dass in der Mehrzahl aller Fälle, die bisher beschrieben wurden, das Portiomyom die Tendenz zeigt, nach abwärts zu wachsen. Infolgedessen findet man, wenn der Tumor eine bestimmte Grösse erreicht hat, die Scheide völlig von der Geschwulst ausgefüllt. Gleichzeitig wird bei fortschreitendem Wachstum der Muttermund immer mehr nach oben entrückt, und dieses scheinbare Fehlen des Muttermundes kann leicht zu der Annahme einer bestehenden Inversio uteri führen. Die Möglichkeit einer Fehldiagnose wird noch grösser, wenn die freigebliebene Lippe dem Tumor als ein schmaler Saum so dicht anliegt, dass man sie für den Rand des invertierten Uterus hält. Diese diagnostische Schwierigkeit giebt zugleich eine Erklärung für die durch vorliegende Litteraturberichte hinlänglich belegte Thatsache, dass

in vielen Fällen die richtige Diagnose erst gestellt wurde, nachdem von anderen Seiten die Krankheit selbst völlig verkannt worden war.

Symptomatologie.

Die Symptome der Cervixmyome werden im allgemeinen von dem Sitz und der Grösse der Geschwülste beeinflusst. In einigen Fällen scheint die Geschwulst keine subjektiven Beschwerden zu veranlassen, wobei es besonders auffallend ist, dass selbst grössere Tumoren ohne besondere Symptome verlaufen können, bis ihr Vorhandensein durch Zufall oder etwa durch einen Vorfall aus der Scheide von den Patientinnen konstatiert wird und sie zum Aufsuchen ärztlicher Hülfe veranlasst. In anderen Fällen aber bestehen ausgesprochene Symptome. Dahin gehören Druckgefühl, Drängen nach unten, Harnbeschwerden, Fluor und vor allen Dingen zwei Kardinalsymptome: Schmerz und Blutung. Die Schmerzen werden meist als ziehende, nach dem Kreuz ausstrahlende angegeben. Oft wird betont, dass sie sich zur Zeit der Menstruation steigern, was offenbar seinen Grund in der während der Menses vermehrten Blutzufuhr zu den Genitalien hat. Die Blutungen treten gewöhnlich erst bei grösseren Cervixmyomen auf und sind dann meist profuse Menstrualblutungen. Wyder führt sie auf die konsekutive Entzündung der Uterusschleimhaut zurück. Wenn die Cervixmyome im allgemeinen von schwächeren Blutungen begleitet sind als die Myome des Fundus, so

liegt die Ursache wieder in der schon von mir eingangs erwähnten Thatsache, dass Cervixmyome meist arm an Blutgefässen und reich an Bindegewebe sind.

Prognose.

Die Prognose der Cervixmyome richtet sich danach, ob ihr Sitz intravaginal oder supravaginal ist. Die Myome an der Portio vaginalis geben eine günstigere Voraussage, weil sie leichter zu entfernen sind als die supravaginalen. Die letzteren sind, besonders wenn sie subserös und retrocervikal sitzen, unter Umständen recht ungünstig zu beurteilen. So können sie zwischen den breiten Mutterbändern sich nach der Bauchhöhle ausbreiten. In anderen Fällen wachsen sie im retrouterinen Parametrium nach abwärts und drängen das Scheidengewölbe mehr in die Scheide hinein. Mit zunehmendem Wachstum können sie die Beckenhöhle vollständig ausfüllen und entzündliche Verwachsungen mit den Beckenorganen bewirken. Unter diesen Umständen ist die operative Entfernung der Myome nicht ausführbar. Abgesehen von den mechanischen Störungen, welche durch solche Verwachsungen hervorgerufen werden, kommt noch in Betracht, dass sie gegebenenfalls eine Entbindung unmöglich machen können. Schliesslich müssen auch noch die Gefahren berücksichtigt werden, welche den Patientinnen durch eine Verjauchung des Tumors drohen.

Therapie.

Wir unterscheiden

1. symptomatische Behandlung,
2. operative Behandlung.

Bei Myomen, die man nicht exstirpieren will, rät man den Patientinnen gewöhnlich Soolbäder an. Das Myom selbst wird dadurch natürlich nicht beeinflusst, aber die Schmerzen pflegen nachzulassen. Nach dem Vorschlag von Hildebrand hat man auch Ergotininjektionen versucht und zwar täglich etwa 2 g. Als Injektionsstelle wird die Gegend seitlich vom Mons veneris bevorzugt. Auch innerliche Ergotinkuren sind versucht worden. Die Wirkung soll in einer Contraktion der Uterus- und Gefässmuskulatur liegen. Hierdurch soll das Myom schlecht ernährt und mithin zur Schrumpfung gebracht werden. Obwohl Fritsch und andere von vereinzelten Erfolgen berichten, kann diese Art der Behandlung keineswegs als ausreichend angesehen werden. Dazu kommt noch die mit der Ergotinbehandlung verbundene Gefahr des Ergotinismus. Die Blutungen hat man mit Jodtinktur und Liquor ferri sesquichlorati, freilich fast immer erfolglos, zu bekämpfen gesucht. Auch Elektrolyse und Kürettement des Uterus sind in Anwendung gebracht. Häufiger, aber mit ebenso geringem Erfolg, hat man zur Bekämpfung der Blutungen Scheideninjektionen angewandt, sowohl kalte als heisse. Bei heftigen Blutungen wird nur die Tamponade am Platze sein.

Erweist sich mithin die symptomatische Behandlung mindestens als unzureichend, so besitzen wir in der operativen Therapie ein wirksames Mittel gegen die Cervixmyome. Freilich wird man hierzu nicht unter allen Umständen greifen. Ich erinnere daran, dass mit dem Klimakterium sehr häufig eine spontane Rückbildung der Geschwulst einhergeht. Es würde sich also bei Patientinnen, die dem Klimakterium nahe stehen, zunächst eine abwartende Behandlung empfehlen. Freilich wird wegen der Heftigkeit der Schmerzen sehr oft von den Patientinnen eine radikale Behandlung dem Abwarten vorgezogen. Hat man sich zur Operation entschlossen, so wird wieder die Frage zu entscheiden sein, ob man das Myom direkt oder indirekt angreifen soll. Ein indirekter Eingriff besteht in der Kastration. Nach derselben tritt oft — aber keineswegs stets — eine rasche Rückbildung der Geschwulst ein. Es würde sich also um eine künstliche Schaffung des Klimakteriums handeln. Die Kastration, die von Lawson Tait warm empfohlen wird, käme in Frage bei stark heruntergekommenen Individuen und bei solchen Myomen, deren Entfernung besondere Schwierigkeiten bereiten würde, also etwa bei supravaginalen und sehr ausgebreiteten Cervixmyomen. Indessen wird sich ein solcher Mittelweg zwischen der radikalen und der symptomatischen Behandlung schon aus dem Grunde vielfach verbieten, weil naturgemäss auch bei kachektischen Individuen die Kastration an sich eine keineswegs unbedenkliche Operation ist, wenn schon

zugegeben werden mag, dass sie einen kleineren Eingriff bedeutet, wie die direkte Exstirpation des Myoms. An dieser Auffassung kann auch Lawson Taits Statistik, der unter 219 Fällen 4 tödlich enden sah, und die Angaben Wiedows, welcher unter 66 Kastrationen 5 mit letalem Ausgang beschreibt, wenig ändern. Auch ist schwer einzusehen, warum, wenn einmal die Entscheidung dem Messer des Chirurgen übertragen wird, nicht das Übel an der Wurzel angefasst werden soll. Dazu kommt noch, dass die Rückbildung der Geschwulst nach vollzogener Kastration keineswegs garantiert werden kann, ja es ist sogar sicher, dass gerade grosse Myome nach der Kastration sehr häufig weiter wachsen. Fritsch erklärt sich als Gegner der Kastration, weil, wie er sich ausdrückt, „der Uterus ohne Ovarien für die Patientin keinen Vorteil, sondern nur Nachteile“ hat. Die letzteren bestehen in einer Entzündung der Ovarienstümpfe, welche eine jahrelang weiterbestehende Menstruation hervorrufen können. Mit Recht hat man sich daher in neuerer Zeit von der Kastration abgewandt, zumal bei dem heutigen Stande der Technik auch die Myomotomie keine ungünstige Prognose mehr giebt.

Die direkte chirurgische Behandlung des Cervixmyoms kann nun wieder entweder in einer Enukleation der Geschwulst, oder in einer Totalexstirpation des myomatösen Uterus bestehen. Bei den Cervixmyomen erweist sich in der Regel die Enukleation als ausreichend. Im übrigen ist über die chirurgische Behandlung der Cervixmyome noch zu bemerken, dass

die von einer Muttermundslippe ausgehenden Myome, die häufig gestielt sind, ihrer Entfernung keine besonderen Schwierigkeiten entgegensetzen. Von hohem Interesse ist die Frage, wie sich der Arzt während der Entbindung einem Cervixmyom gegenüber verhalten soll. Hier wird ein intravaginales Myom am besten gleich zu entfernen sein, zumal die Exstirpation eines solchen einen verhältnismässig leichten Eingriff bedeutet. Bei supravaginalen Myomen empfiehlt Freund, zunächst abzuwarten, ob nicht infolge der Wehenthätigkeit eine Spontangeburt der Geschwulst erfolgt. Erst wenn diese zögert, oder sich sonstige bedrohliche Zustände bemerkbar machen, rät er zur operativen Entfernung.

Die Myome an der Portio vaginalis.

Es wurde bereits erwähnt, dass die Myome der Cervix bedeutend seltener sind als diejenigen des Corpus uteri. Auch war schon darauf hingewiesen, dass die Cervixmyome sich durch besonderen Reichtum an Bindegewebe charakterisieren und daher als recht eigentliche Fibromyome betrachtet werden müssen. Bei Besprechung der Symptomatologie hatte ich darauf aufmerksam gemacht, dass die Cervixmyome im allgemeinen wenig Neigung zu Blutungen zeigen.

Unter den an sich schon spärlich vorkommenden Cervixmyomen sind die seltensten diejenigen, welche an der Portio vaginalis uteri ihren Sitz haben. Diese

Portiomyome können entweder von der vorderen oder hinteren Muttermundslippe, gelegentlich auch von beiden, ihren Ausgang nehmen. So berichtet bezüglich des Letztgesagten Amann über einen Fall, der einzig in der Litteratur dasteht und ein Myom behandelt, welches die ganze rechte Hälfte der Portio vaginalis einnahm, sodass beide Muttermundslippen, je zur Hälfte, als Ansatzstelle des Tumors erschienen.

Selbstverständlich zeigen die Portiomyome in allen Einzelheiten den Charakter der Cervixmyome überhaupt, d. h. derbe Konsistenz und geringere Neigung zu Blutungen als wie Corpusmyome. Damit soll aber keineswegs geleugnet werden, dass auch im Anschluss an Portiomyome erhebliche Blutungen auftreten können. Starke Hämorrhagie fand sich z. B. bei einer von Freund operierten 40jährigen Patientin, und es wird ausdrücklich angegeben, dass hier die starke Blutung das einzige Symptom des Portiomyoms war, während subjektive Beschwerden ganz und gar fehlten. Ähnlich so verhielt es sich auch mit einem in der Olshausenschen Klinik beobachteten Fall, auf den ich später noch genauer eingehen werde.

Die grosse Seltenheit der Portiomyome bringt es mit sich, dass ihre Litteratur verhältnismässig gering ist und bei einem Vergleich der bisher veröffentlichten Portiomyome fällt es auf, dass über Fibromyome, welche von der hinteren Muttermundslippe ausgehen, weit seltener berichtet wird, als über solche, die sich von der vorderen Lippe aus entwickeln.

In der Litteratur sind bis jetzt — ausschliesslich des im Vorhergehenden von Amann berichteten Falles, der beide Muttermundslippen betrifft — eingehend erst 6 Fälle von Portiomyom der hinteren Lippe beschrieben.

1. Pernice beobachtete ein Fibromyom von Faustgrösse, welches durch einen runden Stiel mit der hinteren Muttermundslippe zusammenhing und aus der Scheide herausragte.

2. Freund referiert über ein Fibromyom der hinteren Lippe bei einer 40jährigen Patientin. Der Tumor füllte die Scheide vollständig aus. Dieser Fall war durch besonders starke Blutungen ausgezeichnet.

3. Thiele beschreibt das Portiomyom einer 41jährigen Arbeitersfrau, das von der hinteren Muttermundslippe ausging und über die Vulva hinausragte. Der exzidierte Tumor hatte eine kegelförmige Gestalt und war 14 cm lang und besass an der Basis einen Umfang von 22 cm. Thiele giebt eine sehr sorgfältige Beschreibung der histologischen Struktur des Tumors. Derselbe erschien auf dem Durchschnitt grauweisslich und zeigte an einigen Stellen myxomatöses Aussehen. Die Züge der glatten Muskelfasern liessen einen bogenförmigen Verlauf erkennen und durchflochten sich vielfach mit Bindegewebsbündeln, die auch hier wieder, entsprechend dem allgemeinen Charakter der Cervixmyome, das Muskelgewebe an Masse übertrafen. Vereinzelt wurden Cysten nachgewiesen, deren Wände mit Endothel bekleidet waren

und deren Inhalt aus lymphatischer Flüssigkeit bestand.

4. Koblanck berichtet über ein Cervixmyom, das anfänglich von 2 Ärzten, welche die Patientin in ihrer Heimat konsultiert hatte, für Gebärmuttervorfall gehalten wurde und erst in hiesiger Universitäts-Frauenklinik als ein von der hinteren Muttermundslippe ausgehendes Fibromyom erkannt wurde. Der Tumor wog 240 g, war 12 cm lang und hatte als grössten Querdurchmesser $6^1/_2$ cm. Sein grösster Querumfang betrug 20 cm, sein grösster Längsumfang 29 cm. In diesem Falle fehlten die Blutungen wiederum gänzlich und die Patientin wurde ausschliesslich durch subjektive Beschwerden zur Aufsuchung ärztlicher Hülfe veranlasst. Ausserdem ist bemerkenswert, dass bei dieser Geschwulst das Muskelgewebe in ausserordentlichem Umfange beteiligt war.

5. In der Diskussion, die sich über den von Koblanck vorgetragenen Fall entwickelte, berichtete auch Gottschalk über einen in seiner Behandlung befindlichen Fall von Portiomyom der hinteren Lippe. Die Patientin kam zu Gottschalk mit einer orangegrossen Geschwulst, welche aber die Frau nicht an einer normalen Entbindung ohne jegliche ärztliche Hülfe hinderte. Einige Zeit nach dieser Entbindung hatte Gottschalk Gelegenheit, die Patientin noch einmal zu sehen. Die Geschwulst war bedeutend gewachsen und füllte das kleine Becken vollständig aus. Trotzdem hatte die Patientin keinerlei Beschwerden und refüsierte eine Operation.

6. Interessant ist auch noch ein von Mixacki angegebener Fall, bei dem es sich um ein grosses Myom an der hinteren Lippe handelte, welches gestielt war und spontan geboren wurde.

Etwas zweifelhaft finden sich in der Literatur Berichte über Fibromyome der vorderen Muttermundslippe. Ausführliche Schilderungen sind von folgenden Autoren niedergelegt.

1. Peter Müller fand einen geneigten Cervikaltumor von enger Konsistenz, der die vordere Muttermundslippe lang ausgezogen hatte. Der Tumor lag vor den äusseren Genitalien.

2. Sehr bemerkenswert ist ein von Depaul gegebener Bericht. Es gelang ihm, während der Entbindung ein faustgrosses Fibromyom, welches mit einem Stiel an der vorderen Muttermundslippe sass, aus den Genitalien herauszuziehen.

3. Chiari berichtet über ein Myom der vorderen Muttermundslippe, welches einen Prolapsus veri bewirkt und die ganze vordere Lippe zu einem ganz dicken Stiel ausgezogen hatte.

4. Gusserow weist in der Beschreibung eines von ihm entfernten, gut faustgrossen Fibromyoms der vorderen Lippe auf dessen täuschende Ähnlichkeit mit einer Inversio uteri hin.

5. Atthill berichtet über ein hühnereigrosses Fibromyom, das seinen Sitz ebenfalls an der vorderen Lippe hatte.

6. Frey hat einen Fall beschrieben über ein vorderes Fibromyom bei einer 44jährigen Patientin.

Dieselbe hatte weder Beschwerden noch Blutungen; es war ihr nicht einmal eine besondere Stärke der monatlichen Blutungen aufgefallen. Erst als ihr gelegentlich des Besteigens einer Leiter eine Geschwulst in die Scheide rutschte, sah sie sich zum Aufsuchen der Greifswalder Klinik veranlasst. Hier wurde der Tumor abgetragen. Er war 17,5 cm lang, 16 cm breit. Auch hier wird eine genaue Beschreibung der mikroskopischen Struktur gegeben, die im allgemeinen mit der von Thiele entworfenen sich deckt. Es waren auch hier Durchflechtungen von Muskel- und Bindegewebszügen sichtbar, und zwar letztere in reichlicherem Maasse.

Aus der englischen Litteratur liegen noch Fälle vor von

7. Freeman, der über ein „Fibromyom of lower ant. portion of uteros and removal from the vagina“ berichtet, und von

8. Dimmock, welcher einen „Submucous fibroid tumor of the ant. lip of the uterus“ beschreibt.

In allen hier bisher veröffentlichten Fällen zeigte das Portiomyom, sei es, dass es von der hinteren oder vorderen Muttermundslippe ausgegangen war, nur ein einseitiges Wachstum nach unten, sodass es mit der Zeit aus den äusseren Genitalien sich bald mehr, bald weniger herausdrängte. Demgegenüber verdient ein von Schauta beschriebenes Fibromyom des Collum uteri besondere Erwähnung. Was diesem Fall ein besonderes Gepräge verleiht, ist der Umstand, dass es

sich hier um ein Fibromyom handelt, welches an dem hinteren Collumabschnitt sich entwickelte und eine eigentümliche Wachstumsrichtung zeigte, indem es sich sowohl nach der Bauchhöhle als nach der Vulva zu ausbreitete. Hieraus schliesst Schauta, dass die erste Entwickelungsstätte dieser Geschwulst die Inversio vaginae an der Cervix gewesen ist. Jedenfalls ist von den bisher in der Litteratur veröffentlichten Cervix- resp. Portiomyomen dieser Fall der einzige, welcher ein sozusagen „doppelsinniges“ Wachstum nach oben und unten hin zeigt.

Soweit reicht die bisher über Portiomyome veröffentlichte Litteratur, und es dürfte von Interesse sein, wenn ich den niedergelegten Fällen noch 2 weitere hinzufüge, welche in der hiesigen Universitäts-Frauenklinik beobachtet wurden.

I. Fall. Anamnese: Patientin ist die 49 Jahre alte Frau Beate K. aus Biesdorf. Krankheiten hat dieselbe nach ihrer Angabe in ihrer Jugend nicht gehabt. Vor 15 Jahren hat sie den letzten Partus durchgemacht. Die Menstruation trat zum ersten Male mit 20 Jahren auf und ist bis vor 2 Jahren immer regelmässig verlaufen. Seitdem bestehen unregelmässige, bald stärkere, bald schwächere Blutungen, die bis vor 14 Tagen dauerten und zuletzt sehr stark waren. Ausserdem ist die Urinentleerung zuweilen erschwert. Wegen dieser Blutungen und wegen hin und wieder auftretender Kurzatmigkeit sucht die Patientin die Klinik auf. Von dem Vor-

handensein einer Geschwulst konnte sie nichts angeben.

Status praesens vom 9. 7. 03: Äusserst anämisch aussehende Frau von kräftigem Körperbau und leidlichem Ernährungszustande. Über Lungen voller Schall, Herzdämpfung in normalen Grenzen, Atmen vesikulär, Herztöne rein. Abdomen weist keine Schmerzhaftigkeiten, keine abnormen Resistenzen, keine Ödeme auf. In der Scheide flüssiges, dunkles Blut. Die vordere Muttermundslippe ist in einen sich cystisch anfühlenden, fast doppeltfaustgrossen Tumor verwandelt, der die vordere Muttermundslippe stark nach abwärts drängt. Die hintere Muttermundslippe ist in der Kreuzbeinhöhlung als scharfer, halbmondförmiger Saum zu fühlen. Uteruskörper klein, retrovertiert. Im Speculum nichts Besonderes. Per Rectum normaler Befund.

Auf Grund dieses Befundes wird am 11. 7. 03 die Enukleation des Tumors in Chloroformnarkose (30 Min. 35 ccm Chlorof.) vorgenommen. Der Uterus wird mit Muzeuxschen Zangen an der Portio resp. an der Geschwulst gefasst und bis in die Vulva hinabgezogen. Alsdann wird ein Schnitt in der Mittellinie ausgeführt und das Myom herausgeschält. Darauf wird die Wunde in der vorderen Muttermundslippe durch 2 fortlaufende Nähte geschlossen.

Der Krankheitsverlauf war fieberfrei, die Wunde an der Portio gut verheilt. Uterus anteflektiert, klein; Adnexe frei. Keine Blutung mehr; geheilt entlassen am 25. 7. 03.

Die exzidierte Geschwulst stellte sich als ein strausseneigrosses Myom von 250 g Gewicht dar, das von der vorderen Muttermundslippe seinen Ausgang genommen hatte. Es trägt einen dünnen Kapselüberzug, der an einigen Stellen vollständig fehlt. Auf der Schnittfläche zeigt es die typisch weiss glänzende Farbe der Myome.

II. Fall. Anamnese: Aufgenommen am 29. 2. 04. Patientin ist die 20jährige unverehelichte Frieda H. aus Berlin. Krankheiten will sie als Kind nicht durchgemacht haben. Partus und Aborte sind nicht dagewesen. Die Menstruation trat von ihrem 15. Lebensjahre ab regelmässig alle 4 Wochen ein und dauerte 3—4 Tage, ohne besondere Beschwerden zu verursachen. Letzte Regel hat sie am 20. Februar 1904 gehabt. Ihre einzigen jetzigen Beschwerden bestehen in geringem weissen Ausfluss. Schmerzen sind nicht vorhanden. Appetit und Schlaf gut.

Status praesens: Kleines, zierlich gebautes, gesund aussehendes Mädchen. Herz und Lunge zeigen nichts Abnormes. Der Leib ist nicht aufgetrieben und nicht druckempfindlich. Vagina eng. Fast ganz ausgefüllt durch einen apfelgrossen, glatten, kugligen Tumor von solider Consistenz, der der vorderen Muttermundslippe angehört. Muttermund spaltförmig ausgezogen. Der Cervikalkanal zeigt eine Länge von ca. 7 cm und ist für einen Finger durchgängig. Die hintere Muttermundslippe ist sehr dünn. Eine Einführung der Sonde in den Uterus ist unmöglich. Der Uterus

lässt sich schwer bimanuell abtasten. Im Speculum sieht man den von Schleimhaut überkleideten Tumor. Per Rectum fühlt man empfindliche, aber nicht infiltrierte Parametrien. Klin. Diagnose: Myoma cervicis uteri, ausgehend von der vorderen Muttermundslippe.

Operation in Chloroformnarkose am 1. 3. 04. Nach sorgfältiger Reinigung und Desinfektion der äusseren Genitalien und der Scheide wird der Uterus mittels Muzeuxscher Zangen etwas heruntergeholt, die Portio im Speculum eingestellt und ein Schnitt über die Höhe der durch den Tumor vergrösserten vorderen Lippe geführt. Darauf wird das Myom stumpf ausgelöst. Es erweist sich als reichlich apfelgross, mit einem fingerförmigen Ausläufer in der vorderen Uteruswand sitzend. Der Tumor wiegt 170 g und zeigt im übrigen das typische Aussehen als auch die bekannten histologischen Strukturverhältnisse eines gewöhnlichen Cervixfibromyoms.

Das Bett des Tumors wird teilweise exzidiert, dann werden die Wundränder vereinigt.

Der Krankheitsverlauf ist ein guter.

Epikrise.

Die beiden von mir mitgeteilten Fälle bieten insofern manches Interessante, als sie durch gewisse Gegensätze, die zwischen ihnen bestehen, als treffende Beispiele zu meinen vorhergehenden Ausführungen gelten können. Ich hatte darauf hingewiesen, dass keine bestimmte Altersdisposition bestehe, und so finden wir auch hier die eine Patientin im Alter von

49, die andere im Alter von 20 Jahren. Auch das über die Symptomatologie Gesagte findet sich an beiden Fällen aufs neue bestätigt, d. h. es traten bei einem der beiden Fälle heftige Blutungen auf, während der andere ohne alle Symptome verlief. Diese vollständige Verschiedenheit des Verlaufes, den gerade ein Cervikalmyom nehmen kann, ist auch von anderer Seite wiederholt betont worden. Im allgemeinen gilt freilich der Satz von Schröder, worauf ich auch schon hingewiesen habe: „Die Cervikalmyome haben selten heftige Blutungen“. Es ist umso bemerkenswerter, dass von den beiden berichteten Fällen der eine von dieser Regel abweicht. Beachtenswert ist schliesslich, dass auch hier wieder die vordere Muttermundslippe sich als Ausgang der Geschwulst erweist, sodass man im allgemeinen sagen kann:

Von den Uterusmyomen sind die Cervixmyome am wenigsten häufig. Unter den Cervixmyomen nehmen wieder diejenigen, welche sich an der Portio entwickeln, die kleinste Zahl ein und von den Portiomyomen sind am seltensten die, welche von der hinteren Muttermundslippe ausgehen.

Zum Schlusse erfülle ich eine ehrenvolle Pflicht, wenn ich Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Olshausen und Herrn Dr. Ploeger für die Anregung zu dieser Arbeit und deren gütige Durchsicht meinen ehrerbietigsten Dank auch an dieser Stelle ausspreche.

Literatur.

1. Amann, Ein Fall von Cervixmyom. Münch. med. Wochenschr. Nr. 51. 1888. S. 891.
2. Centralblatt für Gynäkologie.
3. Dimmock, Submucous fibroid tumors of the ant. lip of the uterus. Lancet 1893, pag. 493.
4. Franck, Das Fibromyom des collum uteri. Inaug. Diss. Gießen 1889.
5. M. B. Freund, Das Cervixmyom unter der Geburt. Samml. klin. Vorträge 1893.
6. Frey, Über das Cervixmyom. Diss., Greifswald 1897.
7. Frommels Jahresberichte 1887—1901.
8. Gusserow, Neubildungen des Uterus.
9. Halbau, Demonstration eines kindskopfgroßen Myoms der vord. Uteruslippe. Wien. klin. Wochensch. 1901, Nr. 16.
10. Kessler, Bemerkensw. Befunde in einem Myxadenoma cysticum der vord. Uteruslippe. Arch. f. Gyn. 1890. Bd. XXXVIII, Heft I.
11. Koblanck, Fibromyome des intravaginalen Teils des collum uteri. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 46, S. 498.
12. Mikucki, Spontane Geburt eines großen Myoms d. hinteren Lippe. Nowiny Lek. Nr. 8 u. 9.
13. Nimsch, Beitrag zur Kasuistik der Geschwülste an der Portio vaginalis uteri. Inaug. Diss. Greifswald 1888.
14. Olshausen, Cervikales Myom. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXII, pag. 495.
15. Ruge, Cervixmyom bei 22jähr. Virgo. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1899. Bd XLI, pag. 344.
16. Sieberg, Beitrag zur Stat. der Cervixmyome. Marburg 1892.
17. Sinclair and Hetherington, A case of fibroid tumor of the cervix uteri. Med. Chron. Manchester 1889—90. XI, 283.
18. Thiele, Ein Fall von Fibrom der hinteren Lippe. Diss. Greifswald 1898.

Thesen.

I.

Das Fibromyom als solches macht nicht unbedingt eine Operation nötig, sondern nur die von ihm ausgehenden, das Leben erschwerenden oder gefährdenden Symptome.

II.

Bei Placenta praevia ist die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks der Scheidentamponade vorzuziehen.

III.

Der Tierversuch ist ein für die Erkenntnis und den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft unumgänglich notwendiges Hilfsmittel.

Lebenslauf.

Verfasser vorstehender Arbeit, Friedrich Wilhelm Vorbeck, evangelischer Konfession, wurde am 25. Januar 1876 als Sohn des Ober-Telegraphen-Assistenten Friedrich Vorbeck in Berlin geboren. Seine Schulbildung erhielt er auf dem Sophien-Gymnasium zu Berlin bis zum Jahre 1891, dann besuchte er das Gymnasium Fridericianum zu Schwerin i. M., das er Michaelis 1895 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Seit Michaelis 1895 besuchte er die Universität in Berlin, auf der er ausschliesslich studierte und im Sommer-Semester 1903 das ärztliche Staatsexamen bestand.

In seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender akademischer Lehrer:

von Bergmann, du Bois-Reymond (†), Engelmann, Fischer, Gebhard (†), Gerhardt (†), Hertwig, Heubner, O. Israel, Jolly (†), Koblanck, König, Lassar, von Leyden, Liebreich, von Michel, H. Munk (†), Olshausen, Rubner, Senator, Strauss, R. Virchow (†), H. Virchow, Waldeyer, Warburg.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.